

Anamnesebogen Erwachsene

Nachname/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

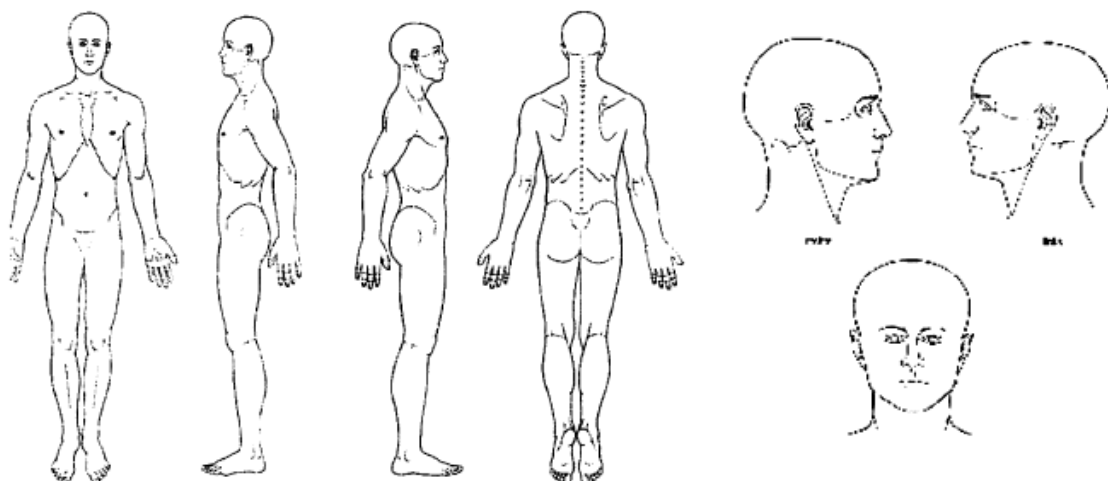
Email: _____

1. Welche akuten Beschwerden haben Sie zurzeit?

- Welche **Beschwerden** haben Sie **momentan** bzw. warum kommen Sie zu mir?

- **Wo** sind die **Beschwerden** genau?

Bitte markieren Sie zusätzlich den genauen Schmerzort und die Fläche der Schmerzausstrahlung!



- **Wie** fühlen sich die **Beschwerden** an? Strahlen sie aus?
- **Wann** und **wie** begannen die Beschwerden? Gab es Ihnen bekannte **Auslöser**?

2. Chronische Krankheiten und frühere Erkrankungen

Leiden Sie unter **chronischen Erkrankungen** (z.B. Asthma, Diabetes,...)?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

- Haben Sie **Allergien**?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

- Hatten Sie im Laufe des Lebens **Unfälle** (z.B. Autounfall, Sturz, ...)?

Ja

Nein

Wenn ja, welche? Wann?

- Hatten Sie **Operationen**?

Ja

Nein

Wenn ja, welche? Wann?

- Haben Sie **schwere Krankheiten** durchgemacht? Ja

Nein

Wenn ja, welche?

- Haben Sie **Kinderkrankheiten** durchgemacht? Ja

Nein

Wenn ja, welche?

- Haben Sie **psychiatrische Vorerkrankungen** (Depression, Phobie, ...)? Ja Nein

Wenn ja, welche?

3. Medikamente?

- Nehmen Sie **Medikamente**? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Seit wann und **wogegen** nehmen Sie diese Medikamente?

- Nehmen Sie **Abführmittel/Schlafmittel/Nahrungsergänzungsmittel/Homöopathische Mittel**?

4. Schaffen wir einen Überblick

- Leiden Sie unter **Kopfschmerzen**? Ja Nein

Wenn ja, wie oft?

In welchem Bereich?

Ausstrahlende Schmerzen?

- Leiden Sie unter **Schwindel**? Ja Nein

Wenn ja, was löst den Schwindel aus?

Wie oft?

- Leiden Sie unter **Veränderungen des Sichtfelds**? Ja Nein

- Leiden Sie unter **Veränderungen des Hörbereichs**?

Ja Nein

- Schwitzen Sie nachts viel? Ja Nein

- Haben Sie (ohne Absicht) stark **abgenommen**? Ja Nein

- Haben Sie (ohne Absicht) stark **zugewonnen**? Ja Nein

- Haben Sie des Öfteren **Fieber** oder **erhöhte Temperatur**? Ja Nein
- Haben Sie des Öfteren **erniedrigte Temperatur**? Ja Nein
- Treten bei Ihnen schnell **blaue Flecken** auf? Ja Nein
- Heilen bei Ihnen **Wunden** schlecht aus? Ja Nein
- Leiden Sie unter **Schmerzen, Druck oder Stechen in der Herzgegend**? Ja Nein
- Leiden Sie unter **Herzjagen** oder **Herzstolpern**? Ja Nein
- Leiden Sie unter **Blutdruckproblemen**? Ja Nein
- Leiden Sie unter **Husten**? Ja Nein
 Wenn ja, wie lange schon?
Auswurf?
 Wenn ja, wie ist der Auswurf (Farbe? Konsistenz)?
- Ist **Blut im Auswurf**? Ja Nein
- Haben Sie **Halsschmerzen**? Ja Nein
- Haben Sie **Schmerzen oder Probleme beim Schlucken**? Ja Nein
- Haben Sie Probleme mit der **Schilddrüse**? Ja Nein
 Wenn ja, welche?
- Leiden Sie unter **Atemnot**? Ja Nein
 Wenn ja, wie lange schon?

- Wie **ernähren** Sie sich überwiegend (Gemüse/Fleisch/Fisch/Obst/Süßigkeiten)?

- Leiden Sie unter **Bauchschmerzen**? Ja Nein
Wenn ja, wo im Bauch (rechts/links/oberhalb/unterhalb Nabel, ...)?

- Leiden Sie unter **Appetitlosigkeit**? Haben Sie eine **plötzliche Abneigung gegen bestimmte Speisen**? Ja Nein

- Leiden Sie unter **Übelkeit** oder **Erbrechen**? Ja Nein
Wenn ja, wann?

- Leiden Sie unter **Sodbrennen**? Ja Nein

- Leiden Sie unter **Blähungen**? Ja Nein

- Haben Sie **täglichen Stuhlgang**? Ja Nein
Wenn nein, welche Stuhlfrequenz besteht bei Ihnen? Seit wann ist das so?

- Leiden Sie unter **Durchfall**? Ja Nein
Wenn ja, wie häufig pro Tag? Seit wann ist das so und evtl. bekannter Auslöser dafür?

- Leiden Sie unter **Verstopfung**? Ja Nein
Wenn ja, wie oft und evtl. bekannter Auslöser dafür?

- Haben Sie **Blut im Stuhl** bemerkt? Ja Nein

- Haben Sie **Schmerzen** oder ein **Brennen beim Wasserlassen**? Ja Nein

- Bemerkten Sie **Veränderungen der Harnmenge** oder **Harnfarbe**? Ja Nein
Wenn ja, welche? Welche Farbe? Seit wann?

- Haben Sie **Blut im Urin** festgestellt? Ja Nein

- Haben Sie Schwierigkeiten, den **Urin willentlich zurückzuhalten**?
 Ja Nein

Wenn ja, wann (Bei Belastung? In Ruhe?)?

- Bemerkten Sie eine **Abschwächung des Harnstrahls** oder ein **Nachtröpfeln**? Ja Nein

- Müssen Sie **nachts regelmäßig aufstehen**, um Wasser zu lassen? Ja Nein

- Liegen oder lagen **Nierensteine** bei Ihnen vor? Ja Nein
Wenn ja, wann und evtl. bekannter Auslöser dafür?

- Leiden Sie unter **Juckreiz** und/oder **Hautveränderungen**? Ja Nein

Wenn ja, evtl. bekannter Auslöser?

- Leiden Sie unter **Gewebe- oder Gelenkschwellungen**? Ja Nein

Wenn ja, welches Gewebe/Gelenk? Wann entsteht die Schwellung?

5. Gynäkologische Anamnese der Frau

- Sind Sie **schwanger**? Ja Nein

- Wie lange ist die **Zyklusdauer**?

- Wie ist die **Blutungsstärke** (schwach/normal/stark)?

- Treten **Beschwerden** im Zusammenhang mit der **Regelblutung** auf? Ja Nein

Wenn ja, welche?

- Haben Sie **Schmerzen** während oder nach dem **Geschlechtsverkehr**?
 Ja Nein
- **Verhüten** Sie?
(Pille/Spirale/3-Monats-Spritze/Stäbchen?)
 Ja Nein

6. Spezifische Anamnese des Mannes

- Leiden Sie unter **Erektionsstörungen** oder **Impotenz**?
 Ja Nein
- Leiden Sie unter einer **Hodenschwellung**?
 Ja Nein
- Leiden Sie unter **Schmerzen im Hodenbereich**?
Wenn ja, in welchem Bereich und seit wann?
 Ja Nein
- Haben Sie **Schmerzen** während oder nach dem **Geschlechtsverkehr**?
 Ja Nein
- Wie **verhüten** Sie?

7. Wie fühlen Sie sich im Leben?

- Wie ist Ihr **körperliches Allgemeinbefinden** (gut/normal/schlecht)?
- Wie ist Ihr **geistig-seelisches Allgemeinbefinden** (*gut/normal/schlecht*)?
- Sind Sie des Öfteren **krank**?
 Ja Nein
- Fühlen Sie sich **leistungsfähig**?
 Ja Nein
- Was sind Ihre **Hobbies**?

- Gehen Sie **sportlichen Betätigungen** nach? Ja Nein
Wenn ja, welchen und wie oft?
- Haben Sie **Sorgen/Ängste/Phobien**? Ja Nein
- Leiden Sie unter **Schlafstörungen**? Ja Nein
- **Knirschen** Sie mit den **Zähnen**? Ja Nein
Wenn ja, haben Sie eine Knirschschiene?
- **Rauchen** Sie? Ja Nein
Wenn ja, wie viel täglich? Seit wann?
- Trinken Sie **Alkohol**? Ja Nein
Wenn ja, wie viel?
- Welche Tätigkeiten üben Sie **beruflich** aus?
- Leben Sie in einer **Partnerschaft**? Ja Nein
- Haben Sie **Kinder**? Ja Nein
Wenn ja, wie viele? Wie alt? Wie war die Schwangerschaft/Geburt?
- Gibt es **chronische Erkrankungen bei Ihren Eltern und/oder nahen Verwandten**? Ja Nein
(z.B. Krebs/Diabetes mellitus/Herz-Kreislauf/Lunge?)
Wenn ja, welche?

8. Haben Sie besondere Fragen oder Bemerkungen?
Gibt es Beschwerden, die nicht abgefragt wurden?
Gibt es vielleicht noch etwas, das ich wissen sollte?

Vielen Dank für Ihre Bemühungen!